

# ПРОЛАПС НА ЖЕНСКИТЕ ГЕНИТАЛИИ - ПРЕПОРЪКИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

## 1. ВЪВЕДЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**П**ролапсът на женските полови органи или женският генитален пролапс е често срещано състояние при жени; честотата на пролапс на тазовите органи се увеличава поради общото повишаване на продължителността на живота. Възможностите за терапия се състоят от редица консервативни или хирургични подходи. Целта на това изложение е да предостави основано на доказателства описание на диагнозата и консервативната и хирургична терапия на пролапса на женски тазови органи при жени на възраст над 18 години. Взети са под внимание и националните и международните социално-икономически условия.

Препоръките за диагностициране и лечение на пролапс на женски тазови органи се основават на обширен, систематичен преглед и оценка на актуалната литература.

Пролапсът на женските тазови органи често се свързва със стрес-уринарна инконтиненция. Симптомите на стрес инконтиненция са определени като изтичане или изпускане на урина в отговор на физическо натоварване, кашлица или повдигане. Ако изтичането на урина по време на кашлица или напъване възникне само след репониране на пролапса по време на клиничния преглед или след поставяне на песар, то се нарича окултна стрес инконтиненция. В допълнение към възстановяването на пролапса, едновременно възстановяване на континенцията е важен аспект, който също се обсъжда тук.

## 2. ДИАГНОСТИКА

**2.1 Трябва да се използва стандартизиран въпросник за записване на специфичната анамнеза на пациента за симптомите на тазово дъно.**

Препоръчва се да се използват валидирани въпросници, които включват и оценка на качеството на живот на пациента, за оценка на контрола на качеството и във всички проучвания. (ICI; [www.iciq.net](http://www.iciq.net)), немска версия на Въпросника на Кралския колеж, Великобритания, немската версия на „уринарна инконтиненция - мярка за качеството на живот“ (I-QOL) и Немският въпросник за тазовото дъно, за който е достъпен валидиран следоперативен модул.

## 2.2 Клиничен преглед

В допълнение към стандартната инспекция на външните гениталии, оценката на пролапса се извършва с помощта на спекулум и оценката трябва да включва кашлица или напъване. Степента на пролапс трябва да бъде документирана поотделно за предния (пикочен мехур, предна влагалищна стена), средния (шийката или

маточния чукан) и задния отдел. Количествено определяне степента на пролапса на тазовите органи чрез стандартната терминология на ICS/IUGA, се препоръчва на международно ниво. След това трябва да бъде последвано от стрес тест за кашлица, извършен както без репозиция, така и след репозициониране на пролапса, напр. с спекулум, песар, тампон или дигитално, за откриване на клинична или окултна стрес инконтиненция.

По-нататъшното изследване трябва да се състои от вагинална палпация на тазовото дъно и трябва да включва оценка на контрактилитета на тазовото дъно, както и ректално изследване на пациенти с нарушения на дефекацията и фекална инконтиненция.

Бързите уринни тестове (тест-ленти) не са достатъчно чувствителни за правилния анализ на урината; жени с дизурия и отрицателен тест с тест-ленти, трябва да се оценяват чрез култивиране на урина с антибиограма.

## 2.3 Образни изследвания

### 2.3.1 Сонография

Оценката на остатъчната урина с ултразвук е част от стандартното изследване при пролапс и нарушения на изпразването на пикочния мехур.

Препоръчва се ултразвук на бъбреци, за да се изключи задържане на урина при пациенти с високостепенен пролапс. Честотата на хидронефроза е между 5–17 %, като в тези случаи се намалява честотата на последващо оперативно лечение.

Ултразвукът на тазовите органи може да бъде полезен диагностичен метод в допълнение към вагиналния и ректалния преглед. Биологичните мешове не могат да се видят чрез ултразвук. Позицията, подвижността, прегъването или дори разкъсването на проксималната фиксация на синтетичните мешове може да се види ултразвуково, като се използва перинеален, влагалищен или чрез интроитус достъп.

Перинеалният ултразвук може да се използва с цел проследяване, при обясняване на пациента на находката, както и за да се визуализира ефектът на контракциите на тазовото дъно върху шийката на пикочния мехур, напр. преди изкашляне за да се намали пролапса.

Вагиналният ултразвук може да се използва за да представи някои различни аспекти:

- За предоперативна оценка на матка и аднекси
- За изключване на патологични промени преди извършване на операция със запазване на матката
- За оценка дължината на маточната шийка и връзката с маточното тяло: удължаването на шийката след операция със запазване на маточното тяло може да има за резултат персистиране на оплакванията.

- За изключване на извънматочни патологични изменения в таза.

### 2.3.2 MRI

Както при дефекографията, динамичният ЯМР може да се използва за получаване на изображения на всички три отдела в покой, при натоварване и по време на контракции на тазовото дъно. Динамичният ЯМР може да се използва за визуализиране на сложни и/или повтарящи се състояния на пролапс и е особено подходящ за оценка на вътрешния ректален пролапс / инвагинация и изпразване на ректума или задържане на изпражнения.

Динамичният ЯМР може да се използва за визуализация на комплексни състояния и симптоми.

### 2.4 Уродинамично изследване

Систематичен преглед на диагностичните тестове показва, че историята на заболяването на пациента и клиничният стрес тест са добри предиктори на стрес инконтиненция при уродинамични изследвания. Няма данни, които да потвърждават необходимостта от извършване на уродинамични изследвания преди планирана операция за корекция на пролапса. Окултната стрс инконтиненция може да бъде установена и чрез провеждане на стрес-тест с достатъчно пълен мехур след репозиция на пролапса.

### 2.5 Цистоуретроскопия

Ако присъстват и дифузни симптоми като болка в пикочния мехур и хематурия, особено ако пациентът е имал предишна операция, цистоуретроскопията може да помогне за изключване на морфологични причини като тумори на пикочния мехур или камъни, уретрална стеноза, интравезикална ерозия на меша или хронични уротелни промени, причинени от интерстициален цистит.

Препоръчва се цистоуретроскопия в края на операция за пролапс, за да се изключи интраоперативно увреждане на пикочния мехур и уретрата и да се установи функцията на уретера.

## 3. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

За да се даде възможност на пациентите да вземат информирано решение, информацията, дадена на пациентите, трябва да бъде добре структурирана и да включва, където е възможно, собствени данни на лекаря за успехите и усложненията при интервенциите. Обсъждането с пациента трябва да включва информация за медицинското състояние на пациента; възможности за наблюдение, консервативни и хирургични методи за лечение, заедно с анатомичните и функционални показатели за успех; предимствата и недостатъците на имплантите; усложненията и възможности за лечение; въздействието на терапията върху сексуалността на пациента, функциите на пикочния мехур и червата, както и по-нататъшни хирургически интервенции, които биха могли да бъдат необходими (напр. двустепенна операция на уринарна инконтиненция).

## 4. КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПИЯ

Тъй като много жени не са наясно с пролапса на тазовия си орган, хирургичната намеса трябва да се извършва само при пациенти със симптоми и при пациенти, които имат оплаквания от пролапса. Консервативните мерки включват рехабилитация на тазовото дъно, песар, мерки за намаляване на рисковите фактори като затлъстяване, пушене и хроничен запек, дигитална поддръжка по време на дефекация (натиск върху задната вагинална стена или перинеума).

Тъй като регресията на пролапс без терапия също е докладвана само наблюдението трябва да бъде посочено като опция по време на дискусията с пациента.

Системната хормонозаместителна терапия не е полезна за функцията на тазовото дъно и не трябва да се предписва изрично за лечение на пролапс или инконтиненция.

Прилагането на локален естроген във вагината е установено лечение за сухота на влагалището и дразнене на вагината (напр. за лечение на симптоми на атрофичен вагинит) и е от съществено значение в песарната терапия за предотвратяване на локални лезии, кървене и некроза.

### 4.1. Упражнения за мускулите на тазовото дъно.

Няколко рандомизирани проучвания показват, че насоченото трениране на мускулите на тазовото дъно може да намали симптомите на пролапс, да понижи степента на пролапс и да предотврати прогресия. Проучванията показват също подобрене при смесена стрес инконтиненция след тренировка на мускулите на тазовото дъно. Трябва да се отбележи обаче, че при тези изследвания правилното свиване на тазовото дъно се определя от физиотерапевта чрез палпиране. Това беше последвано от индивидуално и целенасочено обучение на мускулатурата на тазовото дъно, което не трябва да се приравнява с неспецифичните упражнения на тазовото дъно, често извършвани в Германия

Пет контролирани рандомизирани проучвания съобщават за противоречиви резултати в отговор на въпроса дали периперативното трениране на мускулите на тазовото дъно би могло да подобри функционалния резултат след пролапс и / или операция на инконтиненция: две от проучванията съобщават за подобрени симптоми; три други проучвания обаче не откриват разлика в резултатите.

### 4.2 Песарна терапия

Песариите могат да бъдат успешно прилагани при повечето жени, като проучванията отчитат успех в около 50–100% от случаите; Въпреки това, успешното продължаване на песарната терапия е много по-рядко, с докладван процент от 14–67%. В допълнение към симптомите на пролапс, симптомите на стрес инконтиненция се подобряват в 23–45% от случаите; Проучванията показват също подобрения при свръхактивен пикочен мехур, нарушения на дефекацията, сексуална дисфункция и цялостен телесен

комфорт. Проспективно проучване не открива значителни разлики по отношение на резултатите за симптомите между функционалните резултати за песарната терапия и тези за оперативна лечение.

Показанията за терапия с песар могат да включват предпочитанията на пациентите за консервативно лечение, временно семейно планиране, когато пациентът възнамерява да има повече деца, и повишен риск от периперативни усложнения, дължащи се на съпътстващи заболявания.

Целеви тренировки на мускулите на тазовото дъно (бележка: не гимнастически упражнения) трябва поне да бъдат предложени на пациенти, които имат по-ниски степени на пролапс (I и II), за да се намалят симптомите на пролапс и съпътстващата стрес инконтиненция.

Може да се обсъди съпътстваща рехабилитация на тазовото дъно периперативно; резултатите от проучванията обаче се различават значително.

Песарната терапия е добра консервативна възможност, която трябва да бъде предложена на пациентите. Все още не е ясно кой песар е най-подходящ за какъв тип пролапс.

## 5. ХИРУРГИЧНА ТЕРАПИЯ НА ПРЕДНАТА ЧАСТ НА ПРОЛАПСА

### 5.1 Предна влагалищна пластика

Едновременното апикално фиксиране значително намалява риска от рецидив. Пациентът трябва да бъде прегледан, за да се определи дали е налице съпътстващ пролапс на предния и среден отдел, тъй като възстановяването на предната влагалищна стена може да се извърши едновременно с апикална фиксация.

Рискът от рецидив на цистоцеле изглежда по-висок след предна влагалищна пластика при пациенти с дефекти на леватора (avulsions). При тези пациенти може да се обмисли поставянето на меш на предна влагалищна стена.

Пролапсът на предната вагинална стена обикновено се свързва с апикален дефект, така че при тези пациенти трябва да се обмисли хирургично възстановяване позицията на средния отдел.

Процентът на успех при възстановяване на предната влагалищна стена е докладван в 22 рандомизирани изследвания; те варират силно и също зависят от допълнителните хирургични процедури, извършвани едновременно. Поради различните хирургични техники, използвани в проучванията, изчислената кумулативна успеваемост от 63% за повече от 1000 жени, претърпели операция, трябва да се тълкува с повишено внимание.

Ако операцията се извършва едновременно за поддържане на апикалната (средна) част, рискът от рецидив се понижава значително (OR: 0,68; 95% CI: 0,54-0,85).

Рискът от рецидив се увеличава почти два пъти при пациенти с дефекти на леватора (avulsion на m. pubococcygeus от pubic rami).

### 5.2. Хирургия с използване на синтетични

### или биологични импланти

Използването на синтетични мрежи в предната част допълнително намалява анатомичния и субективния риск от рецидив на пролапса, но няма положително въздействие върху качеството на живот на пациентите. Обаче, de novo диспареуния и повторна операция заради отхвърляне или прорязване на меша и уринарна инконтиненция са по-чести в сравнение с предната вагинална пластика. Процесът на вземане на решения трябва да включва информация за честотата на повторни операции, хроничния болков синдром и диспареуния.

Когато се поставя синтетичен меш на предния отдел, трябва да се обмисли поставяне на срещуположна фиксация или да се извърши стабилизираща операция.

Тъй като степента на успех на биологичните импланти не е по-висока от степента на успех за възстановяване на предната влагалищна стена, биологичните импланти не трябва да се използват.

Жените с дефекти на леватора (avulsion-разтягане, разкъсване на m. pubococcygeus от долните разклонения на пубисната кост) като цяло изглежда имат повишен риск от рецидив, въпреки че рискът е по-нисък след поставяне на синтетична мрежа (платно). При тези пациенти може да се обмисли или предприеме подсилване на синтетичното платно.

В проучвания с апикална фиксация или съпътстваща апикална операция, предната пластика, чрез използване на синтетичен меш (с изключение на Prolift® и Perigee®) има кумулативен успех от 93%; кумулативният успех на изследванията без апикална фиксация или без стандартна апикална операция е 83%. Кумулативната честота на ерозията е 8% (137/1740); кумулативната честота на хронична болка и de novo диспареуния е 7% (59/846).

В ретроспективен анализ, жени с леваторна авулсия са имали по-висок риск от рецидив на цистоцеле дори след поставянето на синтетичен меш.

Мета-анализ на рандомизирани проучвания показва, че рискът от рецидив се е увеличил три пъти, когато не е поставен синтетичен меш (RR: 3,5; 95% CI: 2,7-4,4). Степента на успеваемост при предна пластика е 52%, което нараства до 86% (p < 0,001) при подсилване с платно. Като цяло, повторна операция за усложнения от меша, стрес инконтиненция или рецидив на пролапса са по-чести след имплантиране на синтетичен меш (RR: 0,58; 95% CI: 0,42-0,81). Предната пластика намалява риска от повторна операция. След нея, рискът от de novo диспареуния, която се появява по-често след поставянето на трансобтураторен синтетичен меш, също е по-ниска (RR: 0,46; 95% CI: 0,22-0,96).

### 5.3 Вагинална, абдоминална или лапароскопска корекция на паравагинални дефекти

Тъй като проучванията се различават значително и съпътстващите процедури, които засягат главно средния отдел и често включват апикална фиксация, също варират значително, отчетените успехи са между 70 и 100% (ваги-

налнта корекция: между 90 и 100%, кумулативен успех: 91 %; коремна корекция: между 70 и 95%, кумулативен успех: 94%; лапароскопска корекция: само едно проучване, успеваемост: 80% (103) трябва да се тълкуват внимателно.

#### 5.4 Препоръки за преден отдел

Ако се извърши предна вагалищна пластика, съпътстващата апикална фиксация значително намалява риска от рецидив. Поради това пациентите трябва да бъдат внимателно прегледани, за да се определи дали те могат да имат както преден, така и среден пролапс на отдела, които след това да позволят на предната вагинална стена да се комбинира с апикална фиксация.

Наличието на дефект на леватора (avulsion) увеличава риска от рецидиви с цистоцеле след реконструкция на предната вагинална стена, а при тези пациенти може да се обмисли поставянето на преднен меш.

Използването на синтетичен меш в предния отдел намалява анатомичната и субективна честота на рецидив на пролапса, но без допълнително въздействие върху качеството на живот на пациентите. Въпреки това, степента на нововъзникнала диспареуния и повтарящи се операции за усложнения свързани с поставен меш и стрес инконтиненцията са по-чести в сравнение с тези при предна влагалищна пластика, което показва, че обсъжданията с пациента трябва да включват информация за повторна хирургия, хроничен болков синдром и диспареуния.

При поставяне на синтетичен меш в предния отдел си струва да се обмисли съпътстваща фиксация на апикалния сегмент или операция за стабилизиране на средния отдел.

Тъй като степента на успех на биологичните импланти не е по-висока в сравнение с нормите за предна влагалищна пластика, биологичните импланти не са необходими.

Жените с дефекти на леватора (avulsion на m. pubococcygeus от pubic rami) като цяло изглеждат имат по-висок риск от рецидив, въпреки че рискът е по-нисък след поставяне на меш, поради което този подход трябва да се има предвид за тези пациенти.

Липсата на подходящи изследвания прави невъзможно да се даде ясна препоръка в подкрепа на възстановяването на паравагинален дефект, независимо дали се извършва вагинално, абдоминално или лапароскопски. Това е така, защото апикалните процедури обикновено се извършват едновременно и допринасят за високи нива на успех.

## 6. ХИРУРГИЧНА ТЕРАПИЯ НА ПРОЛАПСА НА ЗАДНАТА ЧАСТ

Rectocele и enterocele могат да бъдат причина за симптоми на пролапс и нарушения на дефекацията. Затрудненията на дефекация често изискват ръчна трансвагинална, трансанална или перинеална помощ. Важно е предоперативно да се определи дали тези нарушения са причинени от ректоцеле, инвагинация или спадане на перинеума. Интердисциплинарното сътрудничество с колопроктолозите може да

бъде полезно, особено ако има нарушение на дефекацията без видимо ректоцеле.

### 6.1 Задна колпорафия или корекция на задна вагинална стена

Кумулативният успех за възстановяване на задната вагинална стена с използване на средна линия на зашиване на вагиналната съединителна тъкан (фасция) е значително по-висок - 86% (кумулятивен успех: 83/576), в сравнение с корекцията на специфичен дефект -70% (кумулятивен успех: / 271). Рискът от рецидив е значително намален, ако се направи зашиване на фасцията по срединната линия (OR: 0.4; 95% CI: 0.28-0.56), поради което тази техника трябва да бъде методът за избор на първична корекция на ректоцеле.

Преди стандартният подход се състоеше в отпрепариране и пликация на levator ani, по-специално на дисталния леватор, но тази техника не намалява честотата на рецидиви (45/220, кумулативна успеваемост 80%). Вместо това е установено, че използването на изолиран фасциален шев на срединната линия води до по-добри резултати (OR: 0,65; 95% CI: 0,44–0,98). Сближаването на леватора не се счита за необходимо за възстановяване на задната вагинална стена, тъй като процентът на успех с този метод не е по-висок от този, получен при използване на среден фасциален шев, и при тази техника са докладвани висока честота на диспареуния.

Две рандомизирани проучвания съобщават, че трансвагиналното възстановяване на задната вагинална стена превъзхожда реконструкцията трансанално на ректоцеле по отношение на анатомия и функция. Трансвагиналното възстановяване на задната вагинална стена е метод за избор за лечение на симптоматично ректоцеле и трябва да се използва с предимство пред трансаналната корекция на ректоцеле.

### 6.2. Хирургия с използване на синтетични или биологични импланти

Използването на биологични импланти в задния отдел не показва никакви ползи в сравнение с възстановяването на задната вагинална стена. Напротив, установено е, че възстановяването на задната вагинална стена превъзхожда процедурата на аугментация с присадки, а мета-анализът на всички сравнителни рандомизирани и не рандомизирани проучвания показва, че възстановяването на задната вагинална стена намалява риска от рецидив (RR: 0.58; 95 % CI: 0.41-0.84). Употребата на ксенотранспланти (биологични импланти) в задната част трябва да се избягва, тъй като тяхното използване не дава ползи.

Няма рандомизирани проучвания за използването на неабсорбираща се синтетична мрежа в задния отдел. Въпреки че неконтролираните проспективни и ретроспективни проучвания съобщават за по-ниска честота на рецидиви, когато се използва синтетична мрежа, понастоящем няма сравнителни проучвания. Следователно няма причина да се използват рутинно синтетични мешове за първична вагинална

реконструкция на задния отдел.

Задното възстановяване на вагиналната стена за лечение на симптоматична ректоцеле трябва да бъде избрано пред трансаналната корекция на ректоцеле.

Възстановяването на задната влагалищна стена с използване на срединен шев на цялата фасция води до по-високи нива на успех в сравнение с корекция на фасцията в конкретен участък, като този метод трябва да бъде предпочитан за първична корекция на ректоцеле.

Отпрепарирането на levator ani не е необходимо за възстановяване на задната вагинална стена, тъй като не води до по-високи нива на успех в сравнение със срединната корекция на фасцията и процедурата е свързана с висока честота на диспареуния.

Ксенотрансплантатите (биологичните импланти) не трябва да се използват за възстановяване на пролапса в задната част, защото употребата им не дава ползи.

Няма рандомизирани проучвания за използването на неабсорбируеми мрежи при задна пластика. Въпреки че неконтролираните проспективни и ретроспективни проучвания показват, че поставянето на синтетични мешове е свързано с по-ниска степен на рецидив, няма сравнителни проучвания по този въпрос. Поради това понастоящем няма причина да се използват рутинно синтетични мрежи за първична корекция на задния сегмент.

## 7. ХИРУРГИЧНА ТЕРАПИЯ НА ПРОЛАПС НА СРЕДНИЯ ОТДЕЛ

Хирургичното отстраняване на статичните дефекти на средния отдел (ниво 1 според DeLancey) е от особено значение, тъй като тази корекция често се извършва в допълнение към корекцията на предната или задната част на влагалището, а също така е и самостоятелна процедура за лечение пролапс на матката или влагалищния свод.

### 7.1 Фиксация на утеросакралните лигаменти /техниката на Маккол/

Системният преглед на трансвагиналната висока фиксация на вагиналният свод към утеросакралния лигамент показва кумулативна успеваемост от 98% (95% CI: 95.7-100), като успеваемостта на операцията за предния отдел е 81% (95% CI: 67.5-94.9), а за задния е 87% (95% CI: 80-94.9). Ретроспективни проучвания за лапароскопска фиксация на вагиналният свод към утеросакралния лигамент след съпътстваща хистеректомия съобщават за процент на апикална недостатъчност от 11-13%.

Вагиналната суспензия, използваща утеросакралния лигамент, е свързана с риска от увреждане на уретера, лигиране му и придърпване на средната му част при около 6% (1-11%) и се препоръчва интраоперативна цистоскопия.

### 7.2 Сакроспинална фиксация

В рандомизирано проучване, публикувано през 2014 г., Barber et al. не съобщава за значими анатомични или функционални различия между вагиналната фиксация към утеросакра-

лна линия лигамент или сакроспиналната фиксация.

Рецидивите са най-често срещани при фиксация на предната част, с докладвана честота от 5-39% (157/1036, 15%) и се срещат по-рядко в задната част (5-12%, 32/442, 7%). Апикалната фиксация е много ефективна с кумулативен успех от 96% (честота на рецидив: 0-14%, 45/1121 [4%]).

### 7.3 Коремна, лапароскопска и робот-асистирана сакроколпопексия

Систематичен преглед от Nygaard et al. съобщават за степен на успеваемост от 78-100% за абдоминална сакроколпопексия и кумулативен темп на ре-операция с честота на пролапса от 4.4%. В 23 проучвания лапароскопската сакроколпопексия има също толкова висока кумулативна успеваемост от 91% (брой неуспехи: 215/2341).

В рандомизирано изследване Maher et al. сравняват лапароскопското сакроколпопексия, включващо разширение на предната и задната полипропиленова мрежа с вагиналният комплект Prolift® mesh, който оттогава е изтеглен от пазара от производителя (Ethicon®) и вече не е наличен. Докато лапароскопската сакроколпопексия отнема повече време (разлика: + 52 min [95% CI: 41.5-62.6]), пациентите са били изписани по-рано от болницата и са били в състояние да подновят ежедневните си дейности по-бързо. След две години, рецидивът във всички отделения е значително по-често в групата на вагиналните мешове (57 срещу 23%), както и степента на повторни операции (22 срещу 5%, p = 0,006).

### 7.4 Вагинална висока леваторна миорафия и фиксация на вагиналният свод към fascia iliococcygeus

В рандомизирано проучване процентът на успех е 97% след леваторна миорафия. Честотата на рецидив на цистоцеле е относително висока при 29 и 35%, съответно. Има само няколко серии от случаи, описващи вагиналната фиксация към фасцията на илеококцигеуса, с успеваемост от 53, 83 и 96%.

### 7.5 Процедури за запазване на матката

Ако матката е интактна без анамнеза за прединно заболяване и няма признаци на клинична или ултразвукова патология, ако пациентът го желае, трябва да й бъде предложена процедура за запазване на матката. Вариантите включват вагинална сакроспинална хистеропексия, лапароскопска или отворена сакрохистеропексия с вмъкване на меша и фиксация на матката към утеросакралните лигаменти.

Пет проучвания директно сравняват вагиналната хистеректомия с фиксиране на вагинален свод към утеросакралните лигаменти и сакроспиналната хистеропексия, но не откриват значими разлики (честота на рецидив: 8 срещу 4%).

### 7.6 Colpocleisis

Colpocleisis се счита за сравнително бърза процедура с малко усложнения и се предлага

предимно на по-възрастни жени с множество заболявания, които вече не са сексуално активни и вече не желаят да бъдат сексуално активни. Рецидивите след колпоклеизис са много редки; Проучванията показват подобрене на качеството на живот и на функцията на пикочния мехур и червата, но също така, че малък брой жени (<5%) съжеляват за операция. Crisp et al. докладват през 2013 г., че 13,8% от 87 жени съжеляват за процедурата.

### 7.7 Препоръки за средния отдел

Налице са добри доказателства, че сакроспиналната колпопексия, вагинална или лапароскопска фиксация към матката и откритата, лапароскопска или робот

асистирана сакроколпопексия могат да се използват за възстановяване на пролапса на средния отдел, като степента на успех е над 90%. Окончателният избор на процедура трябва да бъде направен заедно с пациента и трябва да се преценят всички открития и

симптоми, съпътстващи заболявания, рискови фактори, потенциалната полза от планираната съпътстваща хистеректомия, собствените желания на пациента и нивото на компетентност на оператора.

Абдоминалната сакроколпопексия е процедура, която е изследвана много широко и за най-дълъг период от време; понастоящем това е най-ефективната процедура. Лапароскопската сакроколпопексия може да се разглежда като добра алтернатива в отделенията с необходимия опит за провеждане на процедурата.

Извършването на хистеректомия едновременно със сакроколпопексия трябва да се избягва поради повишения риск от ерозия на платното.

Процедурите на сакроколпопексия и сакроспиналната фиксация са приблизително еквивалентни, но имат различни ползи и недостатъци. Ако няма противопоказания, сакроколпопексията може да се извърши преди сакроспиналната фиксация.

Не се препоръчва използването на абсорбируеми или биологични импланти за фиксиране към сакрума при сакроколпопексия.

Интраоперативната цистоскопия се препоръчва при суспендиране на вагиналния свод, поради увеличаване на риска от увреждане на уретера.

При пациенти с подходящи показания трябва да се има предвид възможност за запазване на матката. Вагиналната сакроспинална хистеропексия е добър вариант; все още няма достатъчно налични дългосрочни данни за сакрохистеропексии с интерпозиция или фиксиране към утеросакралните лигаменти.

Вагиналната висока леваторна миография и фиксацията на вагиналния свод към фасцията на м. илеококцигеус не са изследвани много и следователно трябва да се извършват само ако са специално посочени или няма други алтернативи.

Колпоклеизис може да се обсъди при избрани пациенти след внимателно обсъждане на процедурата с пациента.

## 8. ГЕНИТАЛЕН ПРОЛАПС И СТРЕС - ИНКОНТИНЕНЦИЯ

Разработен е калкулатор на риска за претегляне риска от постоперативна стрес-инконтиненция, базиран на няколко модела и проучвания. Калкулаторът взема под внимание редица фактори ([www.r-calc.com/ExistingFormulas.aspx?filter=CCQHS](http://www.r-calc.com/ExistingFormulas.aspx?filter=CCQHS)).

### 8.1 Континентни жени с генитален пролапс

Мета-анализ показва, че в сравнение с процедурите с трансобтураторно платно, предната влагалищна пластика предпазва пациентите от развитие на стрес инконтиненция (RR: 0.64; 95% CI: 0.42–0.97). Въпреки това, едно проучване оцени дългосрочните данни след три години и вече не намират никаква значителна разлика между двете процедури.

Проучването CARE 121 сравнява абдоминалната сакроколпопексия при жени с предоперативно континентно състояние с (n = 157) и без (n = 165) съпътстваща колпосуспензия по Burch. Две години след операцията, значително по-малко жени в групата с Бърч са инконтиненти. Следователно проучването е прекратено предварително и е недостатъчно.

### 8.2 Жени със симптоматична стрес -инконтиненция и генитален пролапс

Резултатите от две рандомизирани проучвания при жени със стрес инконтиненция и цистоцеле, които са подложени на предна влагалищна пластика, показват, че 48% (19/40) са континентни след операцията. Кумулативната честота на континентност след трансобтураторно платно е 61% (81/132). Въпреки това, след допълнителното вмъкване на субуретрална лента, 235 от 237 жени (99%) са били континенти след операцията.

Едно рандомизирано проучване изследва въпроса дали лечението трябва да се провежда като едноетапна или двуетапна процедура; установено е, че лечението на стрес-инконтиненция е също толкова успешно, независимо от това, дали субуретралната ТВТ е поставена по едно и също време с възстановяването на предната вагинална стена (83/87, 95%) или три месеца по-късно (47/53, 89%). на базата на анализ на лечението) 130. Въпреки това 27/94 жени (29%) са били континентни след операция на пролапс и са отказали планираната процедура за TVT три месеца по-късно.

### 8.3. Жени с окултна стрес инконтиненция и генитален пролапс

Три рандомизирани проучвания съобщават, че субуретралната лента едновременно с възстановяването на пролапс (особено предна влагалищна пластика) значително намалява честотата на стрес инконтиненция (21/116, 18% срещу 64/125, 51%). Мета-анализ от тези проучвания показват намаление с почти 50% (RR: 0,54; 95% CI: 0,41–0,72).

При предоперативно континентни жени с генитален пролапс, корекцията на предна влагалищна стена е за предпочитане пред поставянето на трансобтураторна лента, за да се

намали честотата на de novo стрес инконтиненция. По-високата честота на рецидив, свързана с предната влагалищна пластика, в сравнение с поставянето на трансотурторна лента трябва да се има предвид при обсъждане на потенциалните процедури с пациента.

#### **8.4 Препоръки за пролапс и инконтиненция на стрес в урината**

Пациентите с окултна стрес - инконтиненция трябва да бъдат информирани за възможността за поставяне на субуретрална лента при вагиналната корекция на пролапс.

Поставянето на субуретрална лентата може също да бъде изпълнена като двуетапна процедура, напр. три месеца след хирургична корекция на пролапс.

Жени със симптоматична стрес инконтиненция и пролапс могат да бъдат предложени за едновременна хирургична намеса за лечение на пролапса и стрес инконтиненцията.

Поставянето на субуретрална лентата е за предпочитане пред колпосупензия по Burch при лечение на пациенти със сакроколпопексия.

### **9. ПЕРИОПЕРАТИВНИ ГРИЖИ**

Съществува много малко доказателствена литература за периперативното лечение на гинекологични или урогинекологични пациенти.

Може да бъде предписано предоперативно и / или следоперативно упражнения за мускулите на тазовото дъно; все пак, няма ясни доказателства, че това ще подобри инконтиненцията и пролапса в сравнение с хирургията на тазовото дъно без периперативното упражнение за мускулите на тазовото дъно.

Предоперативното поставяне на уретерни стентове може да се премахне, тъй като не намалява уретералните наранявания.

Постоперативно приложение на локален естроген може да подобри вагиналната флора и да намали грануляционната тъкан; няма доказателства, че той намалява честотата на ерозия на платното.

### **10 УСЛОЖНЕНИЯ И ТЯХНОТО ЛЕЧЕНИЕ**

#### **10.1 Ерозия на платното, екструзия, свиване**

Честотата на вагиналната ерозия след абдоминална сакроколпопексия е между 0 и 10% след 7 години. Отчетените стойности след имплантиране на вагиналното платно са между 0 и 30%; в анализа, изчислената норма е 8% (137/1740). Рискови фактори за ерозия са съпътстващата хистеректомия, пушенето и използването на политетрафлуороетиленовата мрежа, както и по-висок BMI > 30 kg / m<sup>2</sup> (OR: 10). Колпотомията, необходима за поставяне на платното, трябва да бъде колкото е възможно по-малка. Разширяването на инцизията увеличава риска от ерозия на вагиналната мрежа както при вагинални, така и при коремни имплантации (OR: 4.2; 95% CI: 2.5–7.0).

Лечението зависи от степента на ерозия и от наличието или отсъствието на ко-инфекции.

Препоръчва се локално приложение на естроген, но често не е достатъчно и е необходимо частично изрязване на платното. Кумулативният успех за локално приложение на естроген за лечение на вагинална ерозия е 24% (33/139).

#### **10.2 Наранявания на органи**

В литературата има малко съобщения за наранявания на пикочния мехур, уретрата и уретера. Късната органна ерозия около платното е рядка, а единствената досега литература се състои от отделни доклади.

Имплантацията на лента е все още възможна след интраоперативно увреждане на пикочния мехур и веднага след интраоперативна корекция. Въпреки това, поставянето на синтетична лента трябва да се избягва, ако интраоперативно е налице непреднамерена ректотомия.

#### **10.3 Сексуална дисфункция**

Операцията на пролапс може да подобри диспареунията, но може да бъде и причина за такова, в резултат от цикатрициална тъкан, свръхкорекция, образуване на хематом, дразнене или увреждане на нервите. Хронична болка и диспареуния са докладвани в 3–13% от случаите, особено след поставянето на вагинално платно. Ако се установи, че причината за дискомфорт е "напрежение" на мрежата или нейните фиксиращи рамена, възможностите за лечение включват мобилизиране на мрежа, разрез на платното или на неговите фиксиращи крайща и изрязване на част от лентата. Пълното изрязване на платното е рядко показано. Хирургичните процедури за частично или пълно изваждане на платното могат да бъдат трудни. Хирургичната намеса не винаги може да елиминира или да намали болката на пациента и може да доведе до допълнителни усложнения. Това е особен проблем на хирургичните процедури изплзващи платна и затова е особено важно да се предостави на пациента подробна информация за рисковете.

По време на дискусията с техния лекар, пациентите, които пушат, трябва да бъдат информирани за повишения риск от ерозия на лентата след планираната имплантация и лекарят трябва да препоръча на пациента да спре пушенето.

Първоначалното лечение на ерозията на влагалищната лента може да се състои в прилагането на локален естриол или естрадиол. Ако пациентът не се повлияе от лечението, трябва да се извърши локално изрязване на откритата мрежа, като се използва вагинално зашиване без напрежение.

Пълно изрязване на платното, особено на мултифиламентна мрежа, трябва да бъде насочено към пациенти с хронична околна инфекция или рецидивиращ абсцес.

Поради големия брой съпътстващи усложнения, мултифиламентната лента не трябва да се използва за корекция на пролапс.

### **11. РЕЗЮМЕ**

Необходимо е задълбочено обсъждане с пациента относно възможностите за лечение на

пролапс, които са очаквателно, консервативно и хирургично лечение. Консервативните варианти включват насочена тренировка на мускулите на тазовото дъно за пациенти с нисък клас пролапс, тъй като това може да намали степента на симптомите на пролапс и инконтиненция и песарната терапия. Обикновено песарът може да бъде успешно поставен при повечето пациенти и е опция с нисък риск.

Индивидуалната хирургична процедура трябва да бъде избрана в общ процес на вземане на решения заедно с пациента. Текущи проучвания и доказателства показват, че има широк спектър от хирургични процедури, които включват или автоложна тъкан, или използване на синтетична лента. Поради по-високата честота на усложнения след апликацията на вагинални ленти, те трябва да се използват само когато е специално индицирано, след като пациентът е бил информиран в детайли, а ползите и недостатъците са внимателно претеглени. Понастоящем не е възможно ясно да се определят показанията. Възможните индикации включват повтарящ се или общ пролапс, комбиниран с рискови фактори като затлъстяване, хронична обструктивна белодробна болест и индикации за генерализирана слабост на съединителната тъкан.

Пациентите с дефекти на леватора (леваторни отклонения) имат по-висок риск от повторна поява на пролапс на предната влагалищна стена и изглежда, че поставянето на синтетична мрежа намалява този риск. Поставянето на платно трябва да се обмисли при пациенти с високостепенен пролапс, рецидив на пролапс, леваторни отклонения и за пациенти, които желаят анатомична корекция.

Пациентът трябва да бъде информиран подробно за успеваемостта на отделните процедури с и без поставяне на платно, за алтернативите на лечението и възможните усложнения. Пациентът трябва да бъде информиран за липсата на проучвания за дългосрочните резултати след поставянето на вагиналната лента.

Препоръчва се редовно следоперативно документиране на дисфункцията на тазовото дъно и качеството на живот на пациентите, за да се оценят хирургичната техника и показанията и да се адаптират при необходимост. Нови хирургични процедури със или без импланти трябва да се въвеждат само в контекста на клиничните изпитвания. В допълнение към анатомичните резултати, проучванията трябва да се съсредоточат върху перспективното оценяване на функцията на тазовото дъно и качеството на живот на пациентите.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Diagnosis and therapy of female pelvic organ prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). Geburtsh Frauenheilk 2016; 76: 1287–1301*

2. *German Society of Gynecology and Obstetrics (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Ge-*

*burtshilfe e. V. [DGGG]) Head Office of DGGG and Professional Societies Hausvogteiplatz 12 DE-10117 Berlin info@dggg.de http://www.dggg.de/*

3. *Ръководство по хирургия с атлас - том 20: Урология и гинекология за хирурзи, Петър Панчев, Григор Горчев*

4. *Атлас урогинекологических операции, Чухриенко, Д.П.; Люлько, А.В.; Романенко, Н.Т.*